眼动脱敏与再加工和舍曲林治疗伴童年创伤的青少年抑郁症的疗效比较*

10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0650

胡书威，盛莹莹，原小惠，彭娟△

遵义医科大学，贵州 遵义 563006

【摘要】目的：比较眼动脱敏与再加工（eye movement desensitization and reprocessing，EMDR）和盐酸舍曲林片治疗伴童年创伤的青少年抑郁症患者的疗效差异，以探索更优的临床治疗方案，并为进一步研究 EMDR 的临床应用提供科学数据。方法：收集 2 020 年 12 月—2 022 年 2 月就诊于遵义医科大学附属医院心理门诊的 60 例伴童年创伤的青少年抑郁症患者为研究对象，随机分为舍曲林治疗组和 EMDR 治疗组各 30 例，治疗周期均为 8 周。采用贝克抑郁自评量表(beck depression inventor，BDI)、贝克焦虑自评量表(beck anxiety inventor，BAI)和心理弹性量表(connor-davidson resilience scale，CD-RISC)对两组患者治疗前、治疗 4 周末及治疗 8 周末进行调查，根据评分变化情况比较舍曲林治疗组和 EMDR 治疗组的组内和组间疗效差异。 结果：舍曲林组患者治疗 8 周末的 BDI 评分低于治疗前（$P<0.05$），BAI 和 CD-RISC 评分较治疗前和治疗 4 周末的差异无统计学意义（$P>0.05$）；EMDR 组患者治疗 8 周末的 BDI 和 BAI 评分低于治疗前和治疗 4 周末（$P<0.05$），而 CD-RISC 评分高于治疗前和治疗 4 周末（$P<0.05$）。采用双因素重复测量方差分析，结果显示，时间和组间对两组患者 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分存在交互作用（$P<0.05$）；时间对两组患者 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分主效应显著（$P<0.05$）；组间对两组患者 BAI 和 CD-RISC 评分主效应显著（$P<0.05$）；其中经 4 周治疗后，EMDR 组患者 CDRI-SC 评分高于舍曲林组（$P<0.05$），BDI 和 BAI 评分与舍曲林组差异无统计学意义（$P>0.05$）；经 8 周治疗后，EMDR 组患者 CDRI-SC 评分高于舍曲林组（$P<0.05$），而 BDI 和 BAI 评分低于舍曲林组（$P<0.05$）。结论：舍曲林能够改善伴童年创伤抑郁症患者的抑郁情绪，但对于焦虑情绪的改善和心理弹性的提升效果不显著；EMDR 不仅能够有效改善伴童年创伤抑郁症患者的抑郁和焦虑情绪，还能提升心理弹性，可作为其优选治疗方案。

关键词：眼动脱敏与再加工；舍曲林；童年创伤；抑郁；焦虑；心理弹性

[作者简介]胡书威（1996.03），男，遵义医科大学硕士，研究方向为青少年抑郁症的治疗，E-mail:1005938427@qq.com，Tel:14781812233。

[通信作者]彭娟，女，教授，遵义医科大学心理教研室主任，主要从事心身疾病的心理治疗

工作，E-mail:551961766@qq.com，Tel:18985250188。
[基金项目]贵州省卫生健康委科学技术基金项目“青少年首发非自杀性自伤（NSSI）药物及药物联合认知行为治疗前后 fmri 功能连接的研究”，编号 gzwkj2022-332，202201-202312。

Comparison of the efficacy of eye movement desensitization and reprocessing and sertraline in the treatment of depressed adolescents with childhood trauma

Hu Shu-wei, Sheng Ying-ying, Yuan Xiao-hui, Peng Juan△

Zunyi Medical College，Zunyi，Guizhou 563000

【**Abstract**】**Objective**: To compare the curative effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and sertraline hydrochloride tablets in the treatment of depressed adolescents with childhood trauma, in order to explore better clinical treatment options and provide scientific data for further research on the clinical application of EMDR. **Methods**: A total of 60 depressed adolescents with childhood trauma who were admitted to the Psychological Clinic of Zunyi Medical University Affiliated Hospital from December 2020 to February 2022 were collected as research subjects, and randomly divided into sertraline treatment group and EMDR treatment group with 30 cases in each group，and the treatment period was 8 weeks. Beck depression inventor (BDI), Beck anxiety inventor (BAI) and connor-davidson resilience scale (CD-RISC) were used to evaluate the two groups of patients before treatment. , 4 weeks of treatment and 8 weeks of treatment, and the intra- and inter-group curative effects were compared between the sertraline treatment group and the EMDR treatment group according to the changes in the scores. **Results**: The BDI score of the patients in the sertraline group at the 8th week of treatment was lower than that before the treatment (P＜0.05), while the BAI and CD-RISC scores were not significantly different from those before and after the 4th week of treatment (P＞0.05). The BDI and BAI scores at the 8th weekend were lower than those before treatment and at the 4th week of treatment (P<0.05), while the CD-RISC scores were higher than those before and after the 4th week of treatment (P<0.05). Two-way repeated measures analysis of variance was used to show that there was an interaction between time and groups on BDI, BAI and CD-RISC scores in the two groups (P<0.05); time had a major effect on BDI, BAI and CD-RISC scores in the two groups The effect was significant (P<0.05); the main effect of BAI and CD-RISC scores in the two groups was significant (P<0.05); after 4 weeks of treatment, the CDRI-SC scores in the EMDR group were higher than those in the sertraline group (P<0.05), the BDI and BAI scores were not significantly different from those in the sertraline group (P>0.05). After 8 weeks of treatment, the CDRI-SC scores of the EMDR group were higher than those of the sertraline group

(P<0.05). The BDI and BAI scores were lower than those in the sertraline group (P<0.05). **Conclusion:** Sertraline can improve the depression in patients with childhood traumatic depression, but it has no significant effect on the improvement of anxiety and psychological resilience; EMDR can not only effectively improve the depression and anxiety of patients with childhood traumatic depression, but also can effectively improve the depression and anxiety of patients with childhood traumatic depression. It can improve psychological resilience and can be used as its preferred treatment plan.

Key Words: Eye movement desensitization and reprocessing; sertraline; childhood trauma; depression; anxiety; resilience

前 言

中国抑郁症的 12 月患病率为 3.6%，终生患病率为 6.8%[1]。抑郁症是心理、社会和遗传等多因素共同作用的结果，其中童年创伤被认为是抑郁症发生发展中最为常见且尤为重要的心理社会因素之一[2-3]。童年创伤被定义为早期生活中重要的、有压力的负面经历，如性虐待、躯体虐待、躯体忽视、情感虐待和情感忽视等[4]。据 WHO 调查[4]显示：超过三分之一的人口曾经历过童年创伤，其对身心健康的影响贯穿整个生命过程。伴童年创伤抑郁症患者具有其独特的临床特点：抑郁表现往往更重，自杀风险更高，认知受损程度更重，危害程度更大，对抗抑郁药物的治疗应答也更差[5]。

儿童青少年抑郁症的治疗方法主要包括心理治疗、药物治疗和物理治疗等[6]。部分学者[7-8]证实了舍曲林治疗儿童青少年抑郁症是安全有效的。但 2004 年美国食物和药品管理局指出抗抑郁药物可能会增加儿童青少年自杀观念和行为的危险性，同时舍曲林等抗抑郁药物可能存在头晕、嗜睡、恶心及腹痛等不良反应[9]。因此青少年抑郁症的首选治疗常为心理治疗[6]。眼动脱敏与再加工（eye movement desensitization and reprocessing，EMDR）作为一种整合了生理学、催眠学、心理动力学、行为学和认知行为学等多学科观点的心理治疗方法，构建了适应性信息加工模型的理论基础，通过眼动、脱敏和再加工，以帮助恢复大脑信息加工系统的平衡，其治疗目标不局限于帮助患者缓解创伤和焦虑，还包括引出正向情绪、唤起自觉、改变信念和行为[10]。EMDR 在治疗创伤有关的心理疾病中发挥了其独特的优势，近年来也逐渐用于抑郁症的治疗并得到了一定的效果[11-13]，但国内的相关研究较少。故本研究通过对 EMDR 和舍曲林治疗伴童年创伤抑郁症患者的疗效差异分析，以探索更优的临床治疗方案，以期为提升伴童年创伤抑郁症治疗效果提供新可能，并为进一步研究 EMDR 的临床应用提供科学数据。

1　对象与方法

1.1　研究对象

收集 2 020 年 12 月—2 022 年 2 月就诊于遵义医科大学附属医院心理门诊符合国际疾病分类第 10 版(international classification of diseases-10，ICD-10)轻中度抑郁症诊断标准并且童年创伤问卷简版（childhood trauma questionnaire-short form，CTQ-SF）筛查阳性的 60 例患者为研究对象，采用随机数字表法将其分为舍曲林治疗组 30 例和 EMDR 治疗组 30 例。

1.1.1 入组标准 ①经由两名临床经验丰富的精神科主治及以上职称的医师对患者病情进行评估，一致符合 ICD-10 轻中度抑郁症诊断标准；②CTQ-SF 结果至少 1 项因子分阳性；③年龄 12 至 18 岁，男女不限，右利手；④未接受其他的精神科药物治疗、心理治疗、经颅磁刺激及电休克等治疗，且至少近 4 周未服用助眠、麻醉及镇静类药物；⑤研究期间无严重自杀意向或者行为；⑥患者及家属签署书面知情同意书，自愿参加本次科研活动，能够配合检查和随访。

1.1.2 排除标准 ①既往有头颅外伤史、意识丧失病史，以及有明确的脑器质性疾病、眼部疾病或智能障碍者。②有其他精神疾病病史，家族疾病遗传病史，曾服用精神类药物者或药物及酒精滥用障碍者；③患有循环系统、呼吸系统、消化系统、泌尿系统、血液系统和内分泌系统等重大躯体疾病。

1.1.3 安全保证 在研究过程中，由医师定期对患者药物不良反应、负性情绪和自杀意念等进行评估，若研究对象出现明显的药物副反应、消极想法或行为等，则按自动脱落处理，及时给予相应的对症处理，同时建议进一步住院治疗。在研究结束后，由专业的心理治疗师对于抑郁症状改善欠佳的研究对象给予一般性的心理治疗以及进一步的诊疗建议。

1.1.4 伦理说明 本研究已经得到遵义医科大学附属医院伦理委员会的审查和批准（KLLY-2020-184），在受试者入组前需了解并签署知情同意书方能入组。

1.2　研究工具

1.2.1 一般人口学资料 自制一般人口学资料调查表，包含的主要内容为：性别、年龄、民族、受教育程度、户口类别、家庭氛围、是否独生子女、是否单亲家庭、遭受创伤经历的年龄等。

1.2.2 童年创伤问卷简版（childhood trauma questionnaire-short form，CTQ-SF）[14]：用于评估受试者童年创伤的量表。根据 Bernstein 等编制的回顾性自评问卷。CTQ-SF 共有 28 个条目，分为五个临床分量表：情感虐待(EA)、躯体虐待（PA）、性虐待(SA)、情感忽视(EN)和躯体忽视(PN)。每个分量表拥有 5 个条目，每个条目采用 Likert5 级评分，1～5 分分别表示：从不、偶尔、有时、经常和总是。每个分量表在 5～25 分之间，总分在 25～125 分之间。另有 3 个条目作为效度评价。当分量表分中情感虐待≥13，躯体虐待≥10，性虐待≥8，情

感忽视≥15，躯体忽视≥10，只要有一个分量表得分满足以上条件的为童年创伤阳性。该问卷的 Cronbach α 系数为 0.60，5 个分量表 α 为 0.51～0.71。

1.2.3 贝克抑郁自评量表(beck depression inventor，BDI) ：广泛用于评估受试者抑郁程度的量表。由美国心理学家贝克 1967 年编制。该量表共 21 个条目，每个条目代表一个“症状-态度类型”。采用 Likert4 级评分，总分范围为 0～63 分，得分越高提示抑郁情绪越重。本研究 Cronbach α 系数为 0.93[15]。

1.2.4 贝克焦虑自评量表(beck anxiety inventor，BAI-21)[16]：广泛用于评估受试者焦虑程度的量表。该量表共 21 条项目，采用 Likert4 级评分，0～3 分别表示无困扰、轻度困扰、中度困扰和重度困扰，总分范围为 0～63 分，得分越高提示焦虑情绪越重。根据总分可分为无焦虑（0～7 分）、轻度焦虑（8～15 分）、中度焦虑（16～25 分）和重度焦虑（26～61 分）。本研究 Cronbach α 系数为 0.925[17]。

1.2.5 心理弹性量表(connor-davidson resilience scale，CD-RISC)：广泛用于评估受试者心理弹性的量表。该量表于 2003 年由 Connor 和 Davidson 编制，后于 2007 年由于肖楠和张建新修订[18]。本研究采用于肖楠版本的 3 维度分法，即坚韧性、力量和乐观性。共计包含 25 个项目，采用里 Likert5 级评定法，0～4 分别表示完全不是这样、很少这样、有时这样、经常这样、几乎总是这样。得分越高提示心理弹性水平越佳。本研究 Cronbach α 系数为 0.943。

1.3　研究方法

1.3.1 分组方法 将 60 例研究对象随机分配到舍曲林治疗组和 EMDR 治疗组。研究过程中存在 5 例脱落（自动退出 2 例，数据不全 1 例，服用其他精神科药物 1 例，出现严重消极 1 例），最终获得有效病例共 55 例（其中舍曲林治疗组共 28 例，EMDR 治疗组共 27 例）。

1.3.2 干预方案 舍曲林治疗组单纯服用抗抑郁药物：盐酸舍曲林片（商品名：曲优；生产厂家：万特制药（海南）有限公司；规格：50mg/片）。第 1 周剂量为 50mg/日，第 2 周逐渐加量至 100mg/日，在 4 周末若存在消极观念或自伤行为可将舍曲林加量至 200mg/日，总疗程为 8 周。EMDR 治疗组进行 EMDR 心理干预：每一次 EMDR 治疗的流程主要包括病人病史检验和拟定治疗计划、准备期、评估、脱敏和再加工、安装、身体扫描、关闭、反馈和再评估。每周进行 1 次治疗，总疗程为 8 周，共计 8 次。

阶段	EMDR 详细信息
1 病史检验	包括谈论治疗的基本原理和来访者遭受困扰的具体表述
2 准备	为目标创伤记忆的再处理做准备，并为来访者提供在创伤再处理期间更好地自我调节的策略
3 评估	识别特定的目标记忆/图像、相关的负性认知、令人不安的情绪和躯体感觉，更为重要的是识别出比负性认知更可取的积极认知
4 脱敏和再加工	涉及重复使用双侧刺激，例如跟踪移动的物体，要求患者同时关注图像、负面认知和令人不安的情绪或身体感觉，直到来访者觉得与这些不愉快经历相关的痛苦得到显著缓解
5 安装	鼓励来访者将创伤记忆与先前确定的积极认知或新的更具适应性的积极认知联系起来
6 身体扫描	旨在针对与创伤记忆相关的任何残留的躯体不适或紧张
7 关闭	通常涉及在治疗结束前使用痛苦管理和容忍的策略
8 反馈和再评估	来访者和治疗师重新评估之前的目标，以评估在进一步进行干预之前是否需要额外的工作

图 1 标准 EMDR 治疗方案

1.3.3 量表评估过程 在治疗前采用 CTQ-SF、BDI-21、BAI-21 和 CD-RISC 对所有患者进行测评。在治疗 4 周和治疗 8 周末，采用 BDI-21 、BAI-21 和 CD-RISC 对两组受试者进行测评。

1.3.4 质量控制：（1）抑郁症的诊断需经两名临床经验丰富的精神科主治及以上职称的医师对患者病情进行评估，一致符合 ICD-10 轻中度抑郁障碍诊断标准。（2）该研究问卷的发放及评定工作需由经过一致性培训且达到一致性检验要求的专业研究人员完成。（3）受试者填写问卷前有统一的指导语，同时有受过培训的人员现场指导，问卷填写时间控制在三十分钟内。(4)EMDR 治疗的实施者为接受过 EMDR 规范培训的精神科医师和心理咨询师，有多年临床心理咨询从业经验，能熟练运用 EMDR 治疗心身障碍。(5)在整个研究过程中，医护人员对于舍曲林组和 EMDR 组 2 组研究对象的态度、关怀及照顾均一致，避免心理暗示等所造成疗效偏倚。

1.4 统计学方法

双人核对录入数据，以 SPSS 22.0 软件包进行数据处理。对于一般资料的处理，定性资料采用 x^2 检验，定量资料采用 t 检验。对于舍曲林组和 EMDR 组组内疗效的比较，采用单因素方差分析，采用 *LSD* 法进行事后检验；对于两组组间疗效的比较，重复测量资料采用双因素重复测量方差分析，同时对于两组治疗 4 周末和 8 周末的 BDI、BAI 和 CDRI-SC 评分采用独立样本 t 检验进行分析。以 a=0.05，P＜0.05 为差异有统计学意义。

2　结果

2.1 舍曲林组和 EMDR 组的一般人口学特征差异分析

对舍曲林组和 EMDR 组的一般人口学资料采用独立样本 t 检验、x^2 检验进行差异比较，结果提示两组在性别、年龄、民族、受教育程度、户口类别、家庭氛围、是否单亲家庭、遭受创伤经历的年龄之间的差异均无统计学意义（P＞0.05）。详见表 1。

表 1 一般人口学特征表比较

项目	舍曲林组	EMDR 组	x^2/t 值	P 值
性别（例）				
男	8	8	0.01	0.93
女	20	19		
年龄（岁，`X±S）	15.57±1.57	15.55±1.60	0.04	0.97
民族（例）				
汉族	21	21	0.06	0.81
少数民族	7	6		
受教育程度（例）				
初中及以下	12	13	0.16	0.69
高中或中专	16	14		
户口类别（例）				
城镇	19	17	0.15	0.70
农村	9	10		
家庭氛围（例）				
和睦	3	0	3.88	0.27
偶有矛盾	10	14		
常有矛盾	11	8		
矛盾突出	4	5		
是否单亲家庭（例）				
否	15	16	0.18	0.67
是	13	11		
遭受创伤经历的年龄（例）				
0～6 岁	1	3	2.64	0.27
7～12 岁	19	13		
13～18 岁	8	11		

2.2 经舍曲林治疗前后组内 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分比较

将经舍曲林治疗前后 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分进行组内对比分析。结果显示，舍曲林组患者治疗前后的 BDI 评分差异具有统计学意义（P＜0.05），其中治疗 8 周末的 BDI 评分低于治疗前（P＜0.05），治疗 4 周末与治疗前和治疗 8 周末的差异均无统计学意义（P＞0.05）。治疗前后 BAI 和 CD-RISC 评分较治疗前的差异无统计学意义（P＞0.05）。详见

表 2。

表 2 舍曲林组治疗前后 BDI、BAI 和 CD-RISC 比较($\bar{x}\pm s$)

舍曲林组（n=28）	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周	*F* 值	*P* 值
BDI	34.82±11.74	30.07±10.65	25.11±10.65[a]	5.44	0.01
BAI	32.57±14.71	30.21±11.02	25.57±11.05[a]	2.32	0.11
CD-RISC	29.68±14.79	29.50±13.80	33.25±12.50	0.67	0.52

注：经 *LSD* 检验：[a]表示与治疗前比较 *P*＜0.05；[b]表示与治疗 4 周比较 *P*＜0.05。

2.3 经 EMDR 治疗前后组内 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分比较

将经 EMDR 治疗前后 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分结果进行组内对比分析。结果显示，EMDR 组患者治疗前后的 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分差异均有统计学意义（*P*＜0.05），其中 EMDR 组患者在治疗 8 周末的 BDI 和 BAI 评分均低于治疗前和治疗 4 周末（*P*＜0.05），治疗 4 周末的评分低于治疗前（*P*＜0.05）；治疗 8 周末的 CD-RISC 评分高于治疗前和治疗 4 周末（*P*＜0.05），治疗 4 周末的评分高于治疗前（*P*＜0.05）。详见表 3。

表 3 EMDR 组治疗前后 BDI、BAI 和 CD-RISC 比较($\bar{x}\pm s$)

EMDR 组（n=27）	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周	*F* 值	*P* 值
BDI	35.93±10.88	27.30±9.36[a]	18.37±8.62[ab]	22.27	＜0.01
BAI	32.89±12.22	26.30±9.36[a]	15.41±7.00[ab]	22.07	＜0.01
CD-RISC	25.52±10.35	47.00±7.94[a]	57.41±12.22[ab]	67.02	＜0.01

注：经 *LSD* 检验：[a]表示与治疗前比较 *P*＜0.05；[b]表示与治疗 4 周比较 *P*＜0.05。

2.4 经舍曲林和 EMDR 治疗前后组间 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分比较

双因素重复测量方差分析结果显示，时间和组间对两组患者 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分存在交互作用（*P*＜0.05）；时间对两组患者 BDI、BAI 和 CD-RISC 评分主效应显著（*P*＜0.05）；组间对两组患者 BAI 和 CD-RISC 评分主效应显著（*P*＜0.05）；独立样本 *t* 检验结果提示，经 4 周治疗后，EMDR 组患者 CDRI-SC 评分高于舍曲林组（*P*＜0.05），BDI 和 BAI 评分与舍曲林组差异无统计学意义（*P*＞0.05）；经 8 周治疗后，EMDR 组患者 CDRI-SC 评分高于舍曲林组（*P*＜0.05），而 BDI 和 BAI 评分低于舍曲林组（均 *P*＜0.05）。详见表 4。

表 4 舍曲林组和 EMDR 组治疗前后 BDI、BAI 和 CD-RISC 比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	BDI			BAI			CD-RISC		
		治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周	治疗前	治疗 4 周	治疗 8 周
舍曲林组	28	34.82±11.74	30.07±10.65	25.11±10.65	32.57±14.71	30.21±11.02	25.57±11.05	29.68±14.79	29.50±13.80	33.25±12.50
EMDR	27	35.93±	27.30±	18.37±	32.89±	26.30±	15.41±	25.52±	47.00±	57.41±

组	10.88	9.36	8.62^b	12.22	9.36	7.00^b	10.35	7.94^a	12.22^b
F 值	$F_{时间}$=172.14，$F_{组间}$=1.64，$F_{交互}$=14.03			$F_{时间}$=30.87，$F_{组间}$=4.30，$F_{交互}$=5.31			$F_{时间}$=31.26，$F_{组间}$=28.04，$F_{交互}$=19.61		
P 值	$P_{时间}$<0.01，$P_{组间}$=0.21，$P_{交互}$<0.01			$P_{时间}$<0.01，$P_{组间}$=0.04，$P_{交互}$=0.01			$P_{时间}$<0.01，$P_{组间}$<0.01，$P_{交互}$<0.01		

注：^{a}表示治疗 4 周后 EMDR 组与舍曲林组比较（t）P<0.05；^{b}表示治疗 8 周后 EMDR 组与舍曲林组比较（t）P<0.05。

3 讨论

总体上看，本研究中 55 例伴童年创伤抑郁症患者的抑郁和焦虑情绪较重，心理弹性水平较低，均提示其心理水平亟待提升，这与郭伟龙等[5]和 Gamble SA 等[19]研究一致。这可能是因为一方面童年创伤经历可增加抑郁症发病风险[20]，另一方面创伤的反复体验可以诱导严重的焦虑和抑郁情绪。本研究发现，舍曲林治疗能够部分缓解伴童年创伤抑郁症患者的抑郁情绪，但对于焦虑情绪改善不佳，且无法提升受试者的心理弹性，药物起效速度较慢。这可能是由于伴童年创伤抑郁症具有对抗抑郁药物不敏感、易慢性化、易复发、在缓解期的残留症状更多和社会功能受损更严重等特点[21-22]。这也可能是因为舍曲林仅仅能通过调节颅内 5-羟色氨再摄取起到抗抑郁的作用，但无法提升抑郁症患者的心理弹性，无法让患者通过自我成长来解决不良情绪以及生活中的各种困扰。本研究发现，EMDR 治疗不仅能够有效改善患者焦虑和抑郁情绪，同时对于心理弹性的提升也起到了一定的帮助。相较于盐酸舍曲林片，EMDR 治疗伴童年创伤抑郁症发挥的效果更为显著。可能的原因除上述所提及的 EMDR 可以提高患者的心理弹性以外。还有如下两点：一方面，可能是由于本研究抑郁症患者的纳入主要为轻中度青少年抑郁症患者，青少年对于抗抑郁药物的治疗效果往往低于成年人[9]。青少年抑郁症的一线治疗为心理治疗，其对于药物治疗的有效性和耐受性等较差[6]。同时，由于青少年大多心智发育欠成熟，情绪问题的发生多与生活因素有关，心理治疗往往能够从根源上解决导致诱发负性情绪的原因。另一方面，本研究群体均为有童年创伤经历的患者，创伤对于情绪问题的影响极大。EMDR 在创伤的治疗中发挥了独特的作用与优势，相对而言舍曲林起到的治疗获益则甚微，故在本研究中当 EMDR 组患者的创伤问题得以解决，则不良情绪也会随之得到更大的缓解。

EMDR 被运用于抑郁症治疗的效果近年来得到越来越多的论证，Hase M 等[12]的一项随机对照试验发现抑郁症患者经 EMDR 治疗后临床症状完全缓解，在超过 1 年的随访期间内，情绪问题更轻，复发率更少。Paauw C 等[23]的研究发现有 60.9%青少年重度抑郁症患者在完成六次每周 60 分钟的 EMDR 治疗后，不再满足重度抑郁诊断。EMDR 能够使痛苦的记忆脱敏，从而达到降低抑郁症患者自杀念头[24-25]。一项纳入 22 项研究、涉及 1739 名参与者的关于眼动脱敏再加工疗效的 meta 分析，发现 EMDR 能广泛地解决包括抑郁和焦虑在内的多种心理问题，能够提高受试者的心理水平[26]。另外，EMDR 还对改善重度抑郁症患者的生活质量有效[27]。

除此之外，EMDR 用于焦虑症的有效性也得到了证实[28]，EMDR 可有效减轻焦虑、恐慌、恐惧症和躯体症状。Wood E 等[32]认为如果认知行为疗法（cognitive behavioral therapy，CBT）等治疗创伤和抑郁的一线方法已尝试但无效，则可以考虑使用 EMDR，且 EMDR 可能对有创伤史的患者起到的帮助更多。更值得一提的是，Yan S 等[29]关于 EMDR 治疗成年人重度抑郁症的荟萃分析表明，EMDR 在治疗重度抑郁症方面，特别是对于有创伤经历的个体，比 CBT 更有效。其次，Minelli A 等[30]随机对照试验也发现对于难治性抑郁症，EMDR 的治疗效果可能优于 CBT。再次，Ostacoli L 等[13]的研究也认为 EMDR 可以减轻抑郁症状并改善复发性抑郁症患者的生活质量，且疗效与 CBT 相当，甚至在某些部分更加出色。

综上所述，EMDR 在抑郁和创伤领域均取得了一定的成效，尤其在被运用于伴有创伤经历的心理疾病治疗中所发挥的效果甚至较 CBT 更显著。本研究从焦虑、抑郁情绪和心理弹性三个纬度比较了 EMDR 和舍曲林治疗伴童年创伤的青少年抑郁症患者的疗效差异，结果证实 EMDR 疗效更佳，其有望成为伴童年创伤抑郁症患者的优选方案，这对于临床治疗具有一定的指导意义，同时也为 EMDR 的进一步应用提供了科学依据。但因本研究样本量偏小，脱落率较高，研究指标较为单一，随访时间较短，未纳入重度抑郁患者，也无法规避生活事件等影响对研究结果的干扰，故实验结果可能存在偏倚。同时本研究仅将 EMDR 组与舍曲林组的疗效进行对比，未设立 EMDR 联合舍曲林治疗组，故对于联合治疗的效果是否更佳也尚不明确。故希望今后能够纳入大样本、高质量、多中心的研究设计，设人群范围、研究指标多样化和延长随访时间等，以保证试验结果的准确、可靠及可参考性。

参考文献

[1] Huang Y, Wang Y, Wang H, et al. Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study[J]. Lancet Psychiatry, 2019,6(3):211-224.

[2] 陈滔桦, 沈思彤, 谢菲, 等. 童年创伤对成年早期抑郁的影响及中介机制：4年追踪研究[J]. 第三军医大学学报, 2021,43(06):567-574.

[3] Xie P, Wu K, Zheng Y, et al. Prevalence of childhood trauma and correlations between childhood trauma, suicidal ideation, and social support in patients with depression, bipolar disorder, and schizophrenia in southern China[J]. J Affect Disord, 2018,228:41-48.

[4] Kessler R C, McLaughlin K A, Green J G, et al. Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys[J]. Br J Psychiatry, 2010,197(5):378-385.

[5] 郭伟龙，柳进，李凌江．伴童年创伤抑郁症：临床特点、生物学机制、治疗启示[J]．中南大学学报(医学版), 2020,45(04):462-468.

[6] 李泽钧,刘守桓,石雪雯,等.儿童青少年抑郁症诊断与治疗进展[J].中国妇幼保健,2020,35(14):2732-2734.DOI:10.19829/j.zgfybj.issn.1001-4411.2020.14.061.

[7] Park RJ, Goodyer IM. Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2000;9(3):147-161.

[8] Wagner KD, Ambrosini P, Rynn M, et al. Efficacy of sertraline in the treatment of children and adolescents with major depressive disorder: two randomized controlled trials. JAMA. 2003;290(8):1033-1041.

[9] Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2012;11(11):CD004851.

[10] Shapiro F. Eye movement desensitization: a new treatment for post-traumatic stress disorder[J]. J Behav Ther Exp Psychiatry, 1989,20(3):211-217.

[11] Wood E, Ricketts T, Parry G. EMDR as a treatment for long-term depression: A feasibility study[J]. Psychol Psychother, 2018,91(1):63-78.

[12] Hase M, Plagge J, Hase A, et al. Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Treatment as Usual in the Treatment of Depression: A Randomized-Controlled Trial[J]. Front Psychol, 2018,9:1384.

[13] Ostacoli L, Carletto S, Cavallo M, et al. Comparison of Eye Movement Desensitization Reprocessing and Cognitive Behavioral Therapy as Adjunctive Treatments for Recurrent Depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) Randomized Controlled Trial[J]. Front Psychol, 2018,9:74.

[14] Bernstein D P, Stein J A, Newcomb M D, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire[J]. Child Abuse Negl, 2003,27(2):169-190.

[15] 杨文辉，刘绍亮，周烃，等．贝克抑郁量表第2版中文版在青少年中的信效度[J]．中国临床心理学杂志, 2014,22(02):240-245.

[16] 汪向东，王希林，马弘，等．心理卫生评定量表手册（增订版）[M].北京：中国心理卫生杂志社，1999.120～253.

[17] 郑健荣，黄炽荣，黄洁晶，等．贝克焦虑量表的心理测量学特性、常模分数及因子结构的研究[J]．中国临床心理学杂志, 2002(01):4-6.

[18] 于肖楠，张建新．自我韧性量表与Connor-Davidson韧性量表的应用比较[J]．心理科学，2007(05):1169-1171.

[19] Gamble S A, Talbot N L, Duberstein P R, et al. Childhood sexual abuse and depressive symptom severity: the role of neuroticism[J]. J Nerv Ment Dis, 2006,194(5):382-385.

[20] Li M, D'Arcy C, Meng X. Maltreatment in childhood substantially increases the risk of adult depression and anxiety in prospective cohort studies: systematic review, meta-analysis, and proportional attributable fractions[J]. Psychol Med, 2016,46(4):717-730.

[21] Nelson J, Klumparendt A, Doebler P, et al. Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis[J]. Br J Psychiatry, 2017,210(2):96-104.

[22] Wielaard I, Comijs H C, Stek M L, et al. Childhood Abuse and the Two-Year Course of Late-Life Depression[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2017,25(6):633-643.

[23] Paauw C, de Roos C, Tummers J, et al. Effectiveness of trauma-focused treatment for adolescents with major depressive disorder[J]. Eur J Psychotraumatol, 2019,10(1):1682931.

[24] Winkler O, Dhaliwal R, Greenshaw A, et al. Web-Based Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Adults With Suicidal Ideation: Protocol for a Randomized Controlled Trial[J]. JMIR Res Protoc, 2021,10(11):e30711.

[25] Fereidouni Z, Behnammoghadam M, Jahanfar A, et al. The Effect of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on the severity of suicidal thoughts in patients with major depressive disorder: a randomized controlled trial[J]. Neuropsychiatr Dis Treat, 2019,15:2459-2466.

[26] Kaptan S K, Dursun B O, Knowles M, et al. Group eye movement desensitization and reprocessing interventions in adults and children: A systematic review of randomized and nonrandomized trials[J]. Clin Psychol Psychother, 2021,28(4):784-806.

[27] Jahanfar A, Fereidouni Z, Behnammoghadam M, et al. Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing on the Quality of Life in Patients with Major Depressive Disorder: A Randomized Clinical Trial[J]. Psychol Res Behav Manag, 2020,13:11-17.

[28] Yunitri N, Kao C C, Chu H, et al. The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing toward anxiety disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials[J]. J Psychiatr Res, 2020,123:102-113.

[29] Yan S, Shan Y, Zhong S, et al. The Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Toward Adults With Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials[J]. Front Psychiatry, 2021,12:700458.

[30] Minelli A, Zampieri E, Sacco C, et al. Clinical efficacy of trauma-focused psychotherapies in treatment-resistant depression (TRD) in-patients: A randomized, controlled pilot-study[J]. Psychiatry Res, 2019,273:567-574.